Aus der Städtischen Frauenklinik Ludwigshafen a. Rh.
Chefarzt: Dozent Dr. H. O. Kleine

Über Riesencysten im Bauchraum der Frau

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karl-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Fritjof Gress

aus Mannheim-Neckarau

1940

DRUCKEREI WINTER / HEIDELBERG

Lane Medical Library

Dekan: Professor Dr. Rodenwaldt
Referent: Dozent Dr. Kleine

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Es ist selbstverständlich, daß auch mit den heute zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden vor der Operation eine absolut sichere Feststellung von Art und Prognose abdomineller Tumoren nicht immer gewährleistet ist, immerhin aber ermöglichen die heutigen Hilfsmittel eine weitgehende Ausschaltung grober Irrtümer. Palpationsbefund, Röntgenbild mit und ohne Verwendung von Kontrastflüssigkeit, Verdrängungserscheinungen, Wachstumschnelligkeit, Abmagerung, Schmerzhaftigkeit, Temperatur, Blutbild, Senkungsgeschwindigkeit u. a. vermögen immerhin zureichende Auskunft über Ätiologie und therapeutische Aussichten zu geben. Ein weiteres Mittel, dessen wir uns bedienen können, ist eine Röntgenaufnahme des Abdomens bei leerem oder mittels Kontrastmittel gefülltem Magen und Darm. Die Pyelographie dient zur direkten Diagnose von Nierentumoren, zur Darstellung von Kompressions- und Verlagerungserscheinungen der ableitenden Harnwege. Eine Darstellung der Gallenblase kann uns auf Veränderungen im Bereiche der Leber hinweisen. Die Anlage des sogenannten Pneumoperitoneum hat sich bisher nicht bewährt. Die jüngste und noch am wenigsten erprobte Methode ist die direkte Darstellung von Leber und Milz mittels Thorothrast, die, wenn sie einmal ausgebaut ist, vielleicht für die Tumordiagnose Gutes leisten kann. Nach den Untersuchungen von Naegeli und Lauche sind aber für die Ausscheidung des Kontrastmittels zwei Jahre notwendig.

Von den Tumoren gemeinhin unterscheiden sich die Riesentumoren, wie schon der Name verrät, durch ihre Größe und die dadurch bedingten Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane. Unter diesen Riesengeschwulstbildungen sind die Riesencysten eine Kategorie für sich. Über diese Cysten soll nun in den folgenden Abschnitten berichtet werden.

1. Cystische Tumoren der Leber- und Gallenwege

In der Leber können in seltenen Fällen verschiedene Arten von Cysten auftreten, die Mannskopfgröße erreichen können. Berger berichtet über eine riesige, gutartige Solitärcyste, die bis in den rechten Unterbauch reicht. Sieber über eine übermannskopfgroße Gallengangscyste. Auch die Echinokokken vermögen

cystische Veränderungen in der Leber hervorzurufen. Es sind Fälle beschrieben, wo solche Echinococcuscysten den ganzen Leib ausfüllten, ja bis hinter die Symphyse reichten. Die Wand solcher Cysten weist in ihrem Aufbau das Gewebe der Leber auf.

Zu erwähnen ist ferner das cavernöse Angiom, das aus dicht aneinanderliegenden, vielfach miteinander kommunizierenden Bluträumen besteht, die durch bindegewebige mit einem Endothel bekleidete Scheidewände getrennt sind. Sie bilden dunkelrote rundliche oder keilförmige, scharf abgesetzte und auf der Schnittfläche maschig aussehende Einlagerungen, welche beim Einschneiden, infolge Ausfließens des Blutes, kollabieren. Wahrscheinlich sind sie auf angeborene Anomalien des Gefäßapparates umschriebener Bezirke zurückzuführen. Oft kommen solche „Cavernome" erst im späteren Leben zur Ausbildung. Meist werden diese Cavernome bei der Sektion als nußgroße, im Parenchym liegende höckrige Gebilde zufällig gefunden. Klinische Bedeutung gewinnen sie erst, wenn sie Apfelgröße übersteigen. Sie können die Größe eines Mannskopfes erreichen, was allerdings erst zweimal beobachtet und beschrieben wurde (Fleischmann 1926, Schulte 1933). Tumoren von Kindskopfgröße wurden von mehreren Autoren angeführt. Sie zeigen meist langsames Wachstum und machen meistens, außer einem unbestimmten Druckgefühl, keinerlei Beschwerden.

Zur Diagnose vor der Operation sei erwähnt, daß Lebertumoren, die vom rechten Lappen ausgehen, die flexura hepatica und den Anfangsteil des Colon transversum nach unten und medialwärts drängen, vorausgesetzt, daß der Tumor eine gewisse Größe erreicht hat. Tumoren, die vom linken Lappen ausgehen, müssen ebenfalls eine gewisse Größe erreichen, bis das Colon lateralwärts links verlagert wird. Zur Sicherung der Diagnose ist also ein Röntgenbild des Verdauungstraktus angebracht.

2. Pankreascysten

Die Entwicklung einer Pankreascyste kann verschiedenartig vor sich gehen. Ein Teil entsteht infolge chronischer interstitieller Entzündung des Drüsengewebes. Bindegewebswucherung bewirkt Abschnürung von kleinsten Drüsenbläschen und ihren Ausführungsgängen. Es entwickelt sich die sogenannte Retentionscyste. Zum Teil handelt es sich um Erweichungsherde in soliden Neubildungen (Sarkom, Carcinom). Auch proliferierende Cysten, Cystadenome des Pankreas kommen nicht selten vor. Sichergestellt ist, daß durch Verletzung der Oberbauchgegend Pankreascysten (hämorrhagische Cysten) entstehen können. Obenbeschriebene Cysten können sich in wenigen Wochen über Mannskopfgröße entwickeln,

andere bestanden nachweisbar Jahre, bis sie durch ihre Größe klinische Erscheinungen machten. Unter den Tumoren, die sich mehr zur Leibesmitte hin entwickeln, sind die Pankreascysten die häufigsten. Die Abgrenzung der Pankreascyste von einem Lebertumor wird erleichtert, wenn sich zwischen Cyste und Leberdämpfung ein Streifen tympanitischen Klopfschalls besonders im Stehen nachweisen läßt. Auch das unterschiedliche Verhalten in bezug auf Verschieblichkeit mit der Atmung ist charakteristisch. Sowohl die Leber- wie Gallenblasentumoren als auch Neubildungen des Pankreas verschieben sich inspiratorisch nach unten. Dabei können aber die Pankreastumoren fixiert werden (Minkowskischer Handgriff), während das bei Leber- und Gallenblasentumoren meist nicht der Fall ist. Eine genaue Röntgenuntersuchung wird in vielen Fällen die Diagnose sichern helfen. Haring bezeichnet als besonders charakteristisch, daß die Kugelgestalt des Tumors immer an den verschobenen, zusammengepreßten und deformierten Nachbarorganen kenntlich ist. Wichtig ist die Kenntnis der drei verschiedenen Ausdehnungsmöglichkeiten der Pankreascysten: Einmal kann der Tumor zwischen Magen und Quercolon in die bursa omentalis hineingeschoben sein, bei der zweiten Entwicklungsmöglichkeit finden wir die Cyste oberhalb des Magens gelegen. Endlich kann der Tumor zwischen die Blätter des Mesocolon transbersum wachsen, wobei der Magen nach oben, das Quercolon nach abwärts gedrängt wird oder quer vor der Cyste herzieht.

3. Milzcysten

Cystische Riesentumoren der Milz sind selten, können aber für einen Ovarialtumor gehalten werden, z. B. bei Echinococcus oder Morbus Banti (Polano). Diagnostisch wichtig ist die durch Milztumoren hervorgerufene Lageveränderung der flexura lienalis und des Colon (Buffalini). Meist wird aber erst die Eröffnung der Bauchhöhle Klarheit schaffen.

4. Cystische Nierentumoren

Von den in den Nieren ziemlich häufig vorkommenden Cysten unterscheidet man die Kolloid- und die Stauungscysten. Erstere entstehen dadurch, daß die erkrankten Epithelien ein kolloides Sekret liefern, welches an Stellen starker Anhäufung eine Ausdehnung der Harnkanälchen zur Folge haben kann. Die Stauungscysten entstehen durch Verlegung oder Verschluß von Harnkanälchen. Durch Konfluieren bilden sich dann große Hohlräume, die bis zu 10 Liter Inhalt aufweisen können (Hofmann). Endlich

gibt es Fälle, in denen die ganze Niere von kleineren und größeren Cysten förmlich durchsetzt ist und zwischen den letzteren nur wenig normales Parenchym aufweist, die eigentliche Cystenniere. Wahrscheinlich sind diese Fälle, bei denen die Niere erheblich vergrößert sein kann, sämtlich angeboren. Die Veränderung wird teils auf eine während des fötalen Lebens abgelaufene, namentlich von den Papillen ausgehende Entzündung des Nierengewebes zurückgeführt, teils als geschwulstartige Neubildung gedeutet. Von tierischen Parasiten wird hie und da auch der Echinococcus in der Niere beobachtet. Verwechslungen zwischen Genitaltumoren und Nieren- oder Nebennierengeschwülsten kommen hauptsächlich bei sehr großen Tumoren vor. Hämaturie kann dabei manchmal fehlen. Besonders wichtig für die Untersuchung ist hier die Verlagerung des auf- oder absteigenden Dickdarms durch einen Tumor der Niere oder ihrer Umgebung nach vorn innen. Diese Verlagerung ist am einfachsten durch die Röntgenuntersuchung des Darmes festzustellen. Daß die urologischen Untersuchungsmethoden ausgiebigst anzuwenden sind, versteht sich von selbst. Nierentumoren sind am leichtesten von allen Tumoren zu diagnostizieren (Pyelogramm!). Immerhin berichtet Hofmann über eine Operation, bei der es nicht möglich war, den Ursprungsort der 10 Liter enthaltenden Cyste zu ermitteln. Erst später wurde durch die urologische Untersuchung der Sachverhalt geklärt und festgestellt, daß es sich um einen Nierentumor handelte. Übrigens kann auch die Hydronephrose riesige Ausmaße annehmen. Es können cystische Tumoren vorgetäuscht werden. Brakemann beschreibt einen Fall von Doppelmannskopfgröße, etwa drei Liter hellseröser Flüssigkeit enthaltend. Vom Nierenparenchym blieb nichts mehr übrig. Die ganze Niere stellte einen pergamentartigen, häutigen Cystensack dar. Der Ureter war nur leicht erweitert, im untersten pelvinen Abschnitt undurchgängig. Die Patientin bemerkte seit mehreren Jahren eine „Geschwulst" in der rechten Bauchseite, sie hatte ab und zu Rückenschmerzen, sonst keinerlei Beschwerden. Auch diese Art von Tumor ist mit den zur Verfügung stehenden Methoden verhältnismäßig leicht zu diagnostizieren.

5. Cystische Tumoren, die von Ovar, Tube und Uterus ausgehen

Das Ovar ist ein Prädilektionsort für einfache Cysten (Retentionscysten) und cystische Tumoren. Erstere sind zum Teil Follikel-, z. T. Corpus-luteum-Cysten. Der Umfang solcher Retentionscysten erreicht meist höchstens Apfelgröße. Durch Druckatrophie geht

oft das eigentliche Eierstocksgewebe zugrunde. Auch das Epithel der Cystenwand geht vielfach verloren.

Die größeren proliferierenden Cystenbildungen des Ovars werden bekanntlich in Pseudomucinkystome und cilioepitheliale seröse Kystome eingeteilt. Solche Cystadenome können unter Umständen eine enorme Größe und ein Gewicht erreichen, welches mitunter das des Körpers selbst übertrifft. Die cilioepithelialen Kystome wachsen oft zwischen den Ligamenten weiter, indem sie die Bauchfellduplikaturen entfalten, in letzterem Falle spricht man von intraligamentärem Wachstum. Bei den gestielten Cysten wird der Stiel von den Ligamenten des Ovars, den ligamenta lata, dem ligamentum ovarii proprium und dem ligamentum suspensorium ovarii, sowie der Tube gebildet, welche alle mehr oder weniger gezerrt und ausgedehnt werden. Ist die Geschwulst so groß geworden, daß sie im kleinen Becken keinen Platz mehr findet, so wächst sie in die Bauchhöhle hinein. Dabei findet eine Drehung um ihren Stiel statt, welche in hochgradigen Fällen die Erscheinung der sogenannten Stieltorsion hervorruft: starke venöse Stauung durch Kompression der Venen, unter Umständen auch der Arterien mit mehr oder minder ausgedehnten Nekrosen. Sehr häufig findet sich in Ovarialcysten eine fettige Degeneration ihrer Gewebselemente, seltener ist eine Verkalkung ihres Stromas, wobei sich teils größere und kleinere Kalkplatten, teils rundliche Kalkkörper bilden. Hie und da kommt es in den Ovarialkystomen zur Eiterung, namentlich bei Tuboovarialcysten oder nach Punktionen. Die sogenannten Tuboovarialcysten kommen dadurch zustande, daß bei einer hydropischen Tubencyste das Ovarium mit in die Cysten einbezogen wird. Auch die Cystenbildungen des Parovariums können Kindskopfgröße erreichen.

Von den cystischen Uterustumoren ist das lymphocystische Uterusfibrom zu erwähnen, das 1925 zum ersten Male von Robert Meyer beschrieben wurde. Es handelt sich um bis mannskopfgroße, von der Uterusmuskulatur scharf abgegrenzte cystische Tumoren, histologisch um sarkomähnliche, klinisch aber gutartige Fibrome mit ausgedehnten Lymphcystenbildungen.

Die Diagnose „Genitaltumor" ist schon ante operationem in den meisten Fällen zu stellen, wenn eine exakte Untersuchung mit sämtlichen zur Verfügung stehenden Mitteln durchgeführt wird.

6. Mesenterialcysten

Ihre Entstehung kann nach Huzella zurückgeführt werden auf:

a) Lymph- bzw. Chylusretention infolge kongenitaler (oder thrombotischer?) Verstopfung bzw. Verengung der vasa efferentia der Lymphknoten,

b) kongenitale Entwicklungsstörungen im Sinne einer echten Neoplasmabildung: cystische Lymphangiome bzw. Chylangiome, d. h. überschüssige Anlage von Lymphgefäßen mit sekundärer Vereinigung der kleineren Räume zu einem großen cystischen Gebilde durch Verschwinden der Zwischenwände infolge Druckatrophie.

Natürlich besitzen derartige Cysten zunächst endotheliale Auskleidung und Lymph- bzw. Chylusinhalt. Späterhin verschwinden aber häufig diese beiden Kennzeichen, indem durch fortschreitende Überdehnung des Cystenraumes die kontinuierliche Endothelauskleidung verloren geht, der Inhalt durch Stauung, Nekrobiose und akzidentelle Hämorrhagien Veränderungen erleidet. Außerdem können weitgehende Umbildungen der Wand auftreten in Form einer Verkalkung oder einer (von H. O. Kleine erstmalig beobachteten) Verknöcherung. Solche Cysten treiben bei fortschreitendem Wachstum allmählich die beiden Blätter des Mesenteriums gleichmäßig auseinander. Solitäres oder multiples Vorkommen. Ihrer Histogenese nach handelt es sich um gutartige Tumoren. In den meisten Fällen wird erst die Operation die Diagnose zu klären vermögen.

7. Cystische Tumoren des Retroperitonealraumes

Für eine einwandfreie Diagnose ist die genaue Kenntnis von der Anatomie des Retroperitonealraumes notwendig. Viehten, der sich mit dieser Frage eingehend beschäftigte, unterscheidet einen medialen und einen lateralen Retroperitonealraum. In dem medialen liegen Duodenum, Pankreas, untere Hohlvene und Aorta. Im lateralen liegen Niere und Ureter. Die vordere Begrenzung bilden in groben Zügen das Gekröse des Dickdarms und die Mesenterialwurzel. Gerade die Röntgenuntersuchung vermag hier diagnostisch klärend zu helfen (Röntgenkontrastaufnahmen von Ureter und Darm). Auch Verdrängungserscheinungen von Magen, Duodenum, Dünn- oder Dickdarm, welche röntgenologisch feststellbar sind, können bisweilen den richtigen Weg weisen.

8. Urachuscysten

Nach Rossi erhält sich der Urachus, ohne ganz zu obliterieren, immer als ein hohler Kanal, der an keiner Stelle unterbrochen ist. In vielen Fällen findet eine Absonderung des Urachusepithels statt.

Bleibt ein Zwischenstück offen und der Urachus nach dem Nabel und der Blase hin verschlossen, so ist damit die Vorbedingung zur Cystenbildung gegeben. G. B. Schmidt beobachtete eine über kindskopfgroße Urachuscyste. In solchen Fällen wird wohl erst die Operation die richtige Diagnose ergeben.

9. Das Enterokystom

Enterokystome sind angeborene cystische Mißbildungen in der Bauchhöhle, die mehr oder weniger den Bau der Darmwand nachahmen. Der Umfang solcher Tumoren schwankt zwischen Erbsen- und Mannskopfgröße.

Die topographische Beziehung der Enterokystome zum Darm ist sehr wechselnd. Sie können in der Darmwand submucös oder intramural entstehen und rufen frühzeitig ileusartige Erscheinungen hervor. In der Mehrzahl der Fälle (nach Kettel 59%) entwickeln sie sich subserös am freien Rande des Darmes oder in den Mesenterialfalten. Schließlich gibt es Fälle, die in keiner räumlichen Beziehung zum Darmkanal stehen. Endlich sind eine Anzahl extraperitonealer Enterokystome bekannt. Über die Lage und Häufigkeit des Vorkommens an den verschiedensten Stellen des Körpers mag uns nachstehende Tabelle über 74 Fälle, aufgestellt von Hedderich, Aufschluß geben:

36mal im Mesenterium und an der Konkavseite des Darms,
22mal an der Konvexseite des Darmrohres,
5mal zwischen Bauchwand und Peritoneum,
3mal in der Brusthöhle,
3mal unmittelbar am Coecum,
1mal im Coecum,
1mal in der Duodenum-Pyloruswand,
2mal im Mesocolon,
1mal im linken Oberbauch.

Es handelt sich fast immer um solitäre Cysten. Staemmler fand bei seiner Zusammenstellung in nur 16% multiple Cystenbildung. In letzterem Falle handelte es sich nur einmal um eine erwachsene Frau, sonst stets um Neugeborene oder Kleinkinder. Bezüglich des Geschlechtes halten sich beide Geschlechter ungefähr das Gleichgewicht.

In der Frage nach der Entstehung der Enterokystome haben Sitz und Zahl der Cysten eine besondere Bedeutung gewonnen. Die frühere Meinung (nach Roth) ging dahin, sämtliche Enterokystome als offengebliebene, vom Zusammenhang mit dem Darm

gelöste duct. omphalomesenterici anzusehen. Für diese Ansicht spricht, daß eine große Anzahl der Enterokystome an der für das Meckelsche Divertikel typischen Stelle, dem unteren Ileum, gefunden werden. W. Staemmler und nach ihm Reichel weisen mit Recht darauf hin, daß wohl ein Teil der Kystome auf diese Weise entstanden sein könne, daß aber für viele Enterokystome wegen ihrer Lokalisation an ganz andern Stellen des Darmes oder im Mesenterium eine Abstammung vom Dottergange nicht möglich erscheint. Beneke sieht die Enterokystome durch Keimabsprengungen aus dem Entoderm entstanden und nennt sie deshalb „Entodermoide". Nach Staemmler hat man als gemeinsame Grundlage aller Enterokystome eine lokal verstärkte Wucherungsfähigkeit von Abkömmlingen des Entoderms zu sehen, die dann zu einer neuen seitlichen Aussprossung führt. Die Enterokystombildung würde auf dreierlei Weise möglich sein:

1. durch Abschnürung vom duct. omphalomesentericus,
2. durch Knospenbildung vom Darmrohr aus,
3. durch anderweitige Keimversprengung.

Wie oben schon erwähnt, schwankt die Größe der Enterokystome zwischen Erbsen- und Mannskopfgröße. Ihre Gestalt ist kugelrund, eiförmig, walzenförmig und zwerchsackartig eingeschnürt. Die Wanddicke beträgt bis zu 2 cm, kann aber auch papierdünn und durchscheinend sein. Der Inhalt ist wechselnd dünnflüssig bis gallertartig, glasklar, gelb oder durch Blutfarbstoff schwarzbraun verfärbt, häufiger werden darin abgestoßene Epithelien gefunden. Jedoch ist bekannt, daß in mehrkammerigen Cysten verschiedene Flüssigkeiten vorkommen können. So erwähnt Hedderich Fälle zweier Autoren, bei denen der Inhalt der mehrkammrigen Cysten teils aus klarer seröser, teils aus milchiger Flüssigkeit bestand.

Klinische Diagnose ante operationem:

Die Klinik der Enterokystome ist weitgehendst von der Größe und Lage der Enterokystom-Cysten abhängig. Klinische Angaben liegen (nach Mende) über 61 Kystome vor. In zehn Fällen handelte es sich um Zufallsbefunde bei Patienten, die aus anderen Ursachen gestorben waren. Hierbei waren aber die Tumoren so klein oder lagen so günstig, daß sie keine Beschwerden verursachten. In den 51 verbliebenen Fällen, also in der Mehrzahl der Beobachtungen, haben die Enterokystome zu klinischen Erscheinungen geführt. Bei zwei Kindern, die bald nach der Geburt asphyktisch starben, wurden multiple Enterokystome sowie außerdem je eine Cyste vom Bau der Darmwand im Mediastinum posterius gefun-

den, die durch Kompression eines Hauptbronchus zur Erstickung geführt hat (Roth, Schmincke).

47 Fälle wiesen Erscheinungen seitens des Magen-Darmkanals auf. Es kann dabei durch größere intramesenterial gelegene und tastbare, oder kleinere intramurale Cysten die Darmlichtung soweit eingeengt werden, daß zunächst Völlegefühl im Abdomen, unregelmäßiger Stuhlgang, kolikartige Leibschmerzen und Erbrechen auftritt, bis dann mehr oder weniger der Ileus vollkommen ist. Die Anamnesen von unklaren Darmbeschwerden erstrecken sich oft über viele Jahre.

Entzündungen kommen in abgeschlossenen und mit der Darmlichtung kommunizierenden Cysten vor. Sie führen zu Schmerzhaftigkeit, peritonealer Reizung bzw. Peritonitis. Es kann auch das Bild einer Appendicitis vorgetäuscht werden. Rögner erwähnt in einem Fall Behinderung der Urinentleerung, Obstipation und Kreuzschmerzen infolge Drucks. Röntgenaufnahmen mit oder ohne Kontrastmittel der einzelnen Organe können uns einen eventuellen Zusammenhang mit den Organen erkennen lassen. In manchen Fällen ist zum Beispiel eine Cystoskopie nötig, um einen Nierentumor auszuschließen, was uns erkennen läßt, daß wir nur per exclusionem der Diagnose näherkommen können. Vaginale oder rectale Untersuchung stellt fest, ob der Tumor von den Genitalien ausgeht. Wie oben schon gesagt, ist bei kleinen Enterokystomen eine Diagnose ante laparatomiam nicht möglich, da sie keinerlei Beschwerden verursachen und meist Zufallsbefunde sind. Bei größeren Cysten können folgende Befunde erhoben werden:

1. Vorwölbung der Bauchwand, mehr oder weniger umschrieben,
2. tastbarer glattwandiger Tumor, meist schmerzlos und gut verschieblich,
3. der Tumor ist prall-elastisch oder fluktuierend,
4. über dem Tumor gedämpfter Klopfschall, meist umgeben von der Tympanie des Darmes,
5. das Röntgenbild zeigt einen scharf begrenzten Schatten.
6. Langsames Einsetzen des Ileus.

Meist dürfte jedoch die Entscheidung nicht ohne Laparotomie möglich sein, da nur wenige in der Literatur beschriebene Fälle tatsächlich als Enterokystome ante operationem erkannt wurden.

Staemmler berichtet über eine Cyste, die nach Angabe des einsendenden Arztes im Omentum majus ihren Sitz hatte und „in den Darm perforiert“ war. Sie wurde nach dem Aussehen bei der

Operation für ein Dermoid gehalten. Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab die Zusammensetzung aus allen Schichten, die ein normaler Darm zeigt. Die Schleimhaut ist überall gut erhalten, Zotten sind allerdings nur hie und da angedeutet. Die Schleimhaut ist nach unten von einer typischen Muscularis mucosa begrenzt, an die sich eine normal gebaute Submucosa anschließt. Auffallend ist, daß ein Teil der Drüsen bis in die Submucosa hineinreicht und den Charakter der Brunnerschen Duodenaldrüse trägt. Die Muskulatur zeigt teilweise sehr deutlichen Aufbau in zwei Schichten, ist aber nicht überall gleichmäßig stark entwickelt. Sympathische Nervengeflechte sind sowohl in der Submucosa, als auch zwischen den Muskelschichten nachweisbar.

Eigene Beobachtung eines riesigen Enterokystoms

Am 19. 9. 37 wurde eine 47jährige unverheiratete Hausangestellte in die Städt. Frauenklinik Ludwigshafen a. Rh. aufgenommen, weil sie seit einem Jahr Magenbeschwerden wie Drücken, Brechreiz verspürt hatte. Die Patientin war früher nie ernstlich krank gewesen. Der Allgemeinzustand war leidlich.

Temperatur: 37,2, Puls: 80, Leukocyten: 4800, R.R.: 200/160, Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit: 12/25 Westergreen, Hbg: 72%, Urin: Sacch. negativ, Alb: Trübung, Sediment: o. B.

Gynäkologische Untersuchung:

Großer bis zum Rippenbogen reichender cystischer Tumor, anscheinend Ovarialkystom. Parametrien weich, Portio klein, grübchenförmig. Uterus klein, leicht beweglich.

Operation am 14. 9. 37:

Dieselbe wird in Avertin-Äthernarkose ausgeführt. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt. Es handelt sich nicht um ein Ovarialkystom, sondern um eine riesige intramesenterial entwickelte Cyste, deren Stiel bis zum Pankreas hinaufreicht. Sie enthält 9 kg dunkler, zäher Flüssigkeit. Insgesamt wiegen Cyste und Inhalt 9,5 kg.

Die beiden Mesenterialblätter werden durchtrennt, so daß man überall an die eigentliche Cystenwand herankommt. Es ist erforderlich, Dünn- und Dickdarm weitgehendst von der Cystenwand abzuschieben. In mühsamer Arbeit gelingt es schließlich an den im Oberbauch befindlichen „Stiel" heranzukommen und das riesige einkammrige Kystom, das vorher punktiert worden war, zu exstirpieren. Nachdem alle Gefäßstümpfe ligiert worden sind, werden die beiden Blätter des aufgespaltenen Mesenteriums wieder vereinigt.

Der Uterus ist leicht myomatös vergrößert. Adnexe o. B.

Im Anschluß an die Operation 1000 ccm physiologische Kochsalzlösung subcutan, Venentropfeinlauf 10% Traubenzucker. Cardiazol. Die Wunde heilt per primam, so daß Patientin nach 14 Tagen geheilt entlassen werden kann.

Histologischer Befund:

Die bis 1½ cm dicke Cystenwand enthält innen eine stellenweise gut erkennbare Schleimhautauskleidung. Diese besteht aus zottenähnlichen Gebilden, die etwa eine Höhe von 2 mm erreichen. Es handelt sich um ein einreihiges hohes Zylinderepithel mit körnigem Protoplasma. Die Kerne sind meist basal gelegen. Bisweilen finden sich auch Becherzellen. Die Submucosa besteht aus spärlichem lockeren Bindegewebe, darunter kernlose, zugrunde gegangene Muskulatur, teils längs, teils quer getroffen. Zwischen den einzelnen Muskelbündeln reichlich dilatierte Gefäße.

Ergebnis:

Nach Besprechung der differentialdiagnostischen Möglichkeiten hinsichtlich Riesencystenbildung im Bauchraum der Frau wird eine eigene Beobachtung eines riesigen, einkammrigen, intramesenterial entwickelten Enterokystoms angeführt, dessen Stiel in Gegend des Pankreas saß. Histologisch fanden sich die Bestandteile von Dünndarmwand. Beide Eierstöcke waren unverändert. Daß diese Cystenbildung von der Pankreasgegend ihren Ursprung genommen hat und daß die Wand dieser Cyste Dünndarmcharakter aufweist, wird aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen umso verständlicher, als sich gerade in der Pankreasgegend ein Darmdrüsenblattgebiet mit der Fähigkeit örtlicher Überschußbildung befindet (vgl. Staemmler).

Eine Nachuntersuchung der Patientin, 17 Monate nach der Operation, ergab subjektiv und objektiv einen guten Befund.

Literatur

Berger: Wiener klin. Wchschr. 1930, Nr. 7, 222.

Beneke: von Hedderich zitiert.

Brakemann: Zur Differenzialdiagnose großer Bauchtumoren. Zbl. f. Gynäkologie 1927, S. 1916.

Durst: Zur Diagnose der Tumoren des Retroperitonealraumes. Münch. med. Wchschr. 1934, 50.

Hedderich: Über Enterokystome. Inaugural-Dissertation. Jahrgang 1932. Heidelberg.

Kleine: Zur Pathologie der Mesenterialcysten. Archiv f. Gynäkologie, Bd. 139.

Küstner: Dermoid des Darmes. Archiv f. Gynäkologie 1931, Bd. 144, S. 607.

Mende: Zur Pathologie und Klinik der Enterokystome. Med. Welt 1935, Nr. 41.

Rossi: von Schmid H. H. zitiert.

Roth: Über Mißbildungen im Bereich des ductus omphalomesentericus. Virch. Arch. Bd. 86.

Schellenberg: Die Differentialdiagnose der Riesentumoren in der Bauchhöhle. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1933, Bd. 106.

Schmid H. H.: Bauchgeschwülste in Beziehung z. d. weiblichen Geschlechtsorganen. Berichte über die gesamte Gynäk. u. Geburtshilfe, sowie deren Grenzgebiete. Bd. 30.

Schmidt K.: Beitrag zur Klinik u. Pathologie des Enterokystoms. Zbl. f. Gynäk. 1936, S. 927.

Schmidt G. B.: Mißbildungen und Erkrankungen am Urachus. Med. Klinik 1923, Nr. 21.

Schulte: Zur Kasuistik der großen Leberkavernome. Zbl. f. Gynäk. 1934.

Schmaus: Grundriß der patholog. Anatomie. 1904.

Sieber: Zbl. f. Gynäk. 1929. Nr. 45. 2878.

Staemmler: Die Neubildungen des Darmes. Neue deutsche Chirurgie, 1934.

Stepp u. Böger: Münch. med. Wchschr. 1933, Nr. 35.

Lebenslauf

Als Sohn des prakt. Arztes Hans Gress zu Kork, Amt Kehl, wurde ich am 2. 2. 1914 in Straßburg geboren. 9 Jahre besuchte ich die Oberrealschule zu Kehl a. Rh., wo ich im März 1933 das Abiturientenexamen bestand und das Zeugnis der Reife erhielt. Nach Beendigung des freiwilligen Werkhalbjahrs bezog ich im November 1933 die Universität Heidelberg. Im Oktober 1934 bestand ich dort mein Vorphysikum und im Juni 1936 das Physikum. Die folgenden 2 Semester verbrachte ich in Freiburg bzw. Hamburg, um dann im W.S. 1937/38 wieder nach Heidelberg zurückzukehren, wo ich 1939 das Staatsexamen abgelegt habe.

Fritjof Gress.